

4. Infections in patients undergoing craniotomy: risk factors associated with post-craniotomy meningitis / I. S. Kourbeti [et al.] // *Neurosurgery*. – 2015. – Vol. 122. – P. 1113–1119.

5. EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults / A. Chaudhuri [et al.] // *Eur. J. Neurol.* – 2008. – Vol.15. – P. 649–659.

УДК 616.9-058.86

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СМЕШАННЫХ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ**

*Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И., Крылова Е.В., Акулич Н.Ф.,
Евдокимова О.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Одной из важных проблем является высокий уровень инфекционных заболеваний у детей, в том числе у детей до трех лет жизни. Особую опасность вызывают острые кишечные инфекции (ОКИ) в связи с высокой распространенностью и социальной значимостью. Среди всех инфекционных заболеваний в детском возрасте ОКИ уступают свое лидерство только респираторным инфекциям[1].

В последние годы отмечается отчетливая тенденция в изменении этиологической значимости патогенов, вызывающих ОКИ у детей [2]. В настоящее время в мире 50-80% случаев ОКИ у детей обусловлено вирусами. Ведущая роль среди них принадлежит ротавирусам [3]. В Республике Беларусь (РБ) с 1993 года официально ведется регистрация ротавирусной инфекции (РВИ). Согласно анализам эпидемиологических данных, количество регистрируемых случаев РВИ увеличивается. Так, показатель заболеваемости в РБ с 2000 года по 2018 год вырос с 14,6 до 53,2 на 100 тысяч населения. Как правило, чаще болеют дети от 0 до 6 лет (90–92,7%). Доля РВИ в общей структуре ОКИ в данной возрастной группе в 2018 году составила 59%.

Помимо вирусов кишечные инфекции у детей вызываются большой группой бактерий. У детей первых трех лет жизни существенное значение имеет стафилококковая инфекция, являющаяся причиной от 3 до 12% инфекционных диарей [4]. Немаловажную проблему представляют кишечные инфекции, вызванные ассоциацией возбудителей. По данным разных авторов частота выявления смешанных форм ОКИ колеблется от 7,3 до 40%.

Целью нашей работы явилось определить клинико-эпидемиологические особенности смешанных вирусно-бактериальных ОКИ у детей первых трех лет жизни.

Материал и методы исследования. Сравнительный анализ клинического течения различных форм ротавирусной инфекции был произведен у 30 детей с моноротавирусной инфекцией (МРВИ) в возрасте до 3-х лет и 30 пациентов со смешанной ротавирусно-стафилококковой инфекцией у в возрасте от 4-х месяцев до 1 года, госпитализированных в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу за 2018 г. Лабораторное подтверждение диагноза было основано на обнаружении антигена ротавируса в кале методом ИФА (набор реагентов «Ротавирус-антиген-ИФА-Бест» производства ЗАО «Вектор-Бест», Россия). У всех детей так же проводили исследование фекалий на наличие патогенных (бактерии рода *Salmonella*, *Escherichia*) и условно-патогенных энтеробактерий.

Результаты и обсуждение. В анализируемый нами период было зарегистрировано 258 случаев РВИ, что составило $31,7 \pm 1,7\%$ от всех пациентов до 5 лет, госпитализированных по поводу ОКИ. Из 256 случаев РВИ $64,73\% \pm 2,98\%$ (167 случаев) составила МРВИ и $35,27\% \pm 2,98\%$ (91 случай) – микст-ротавирусно-бактериальная

кишечная инфекция (микст-РВИ). Анализ возрастной структуры микст-РВИ показал, что на детей до 1 года приходилось $39,56\% \pm 5,15\%$ всех регистрируемых случаев, среди которых ассоциация *St.aureus* и ротавируса наблюдалась в $72,22\% \pm 5,56\%$. Учитывая этот факт, для дальнейшего анализа особенностей сезонности и клинического течения смешанных форм РВИ нами была взята группа детей с микст-ротавирусно-стафилококковыми диареями (микст-РВСИ).

Анализ сезонного распределения случаев микст-РВСИ у детей до одного года показал, что в период с декабря по апрель включительно зарегистрировано $70,0 \pm 23,33\%$ случаев, а в период с мая по декабрь – $5,97 \pm 5,51\%$ случаев заболевания, что указывает на имеющуюся чёткую сезонность микст-РВСИ, совпадающую с сезонным распределением случаев МРВИ.

Как показал анализ, имелись достоверные различия в клиническом течении МРВИ и микст-РВСИ. Так, детям с микст-РВСИ инфекцией требовалось более длительное пребывание в стационаре, чем детям с МРВИ ($4,87 \pm 0,28$ vs $3,2 \pm 0,21$ койко-дня). В обеих сравниваемых группах заболевание чаще протекало в среднетяжёлой и тяжёлой формах, причём лёгких форм заболевания в группе детей с микст-РВСИ зарегистрировано не было. У большинства детей в обеих группах заболевание протекало на фоне повышенной температуры тела, однако обращает на себя внимание тот факт, что у детей с микст-РВСИ чаще (при микст-РВСИ – $89,66\% \pm 5,76\%$, при МРВИ $70,0\% \pm 8,51\%$) встречалась лихорадка $>38,1^{\circ}\text{C}$.

Достоверно чаще ($p < 0,001$) у детей с микст-РВСИ ($80,0\% \pm 7,43\%$) в сравнении с пациентами с МРВИ ($33,33\% \pm 8,75\%$) кишечный синдром протекал с симптомами колита, причём у $76,67\% \pm 7,85\%$ пациентов с микст-РВСИ в стуле наблюдались патологические примеси – слизь, зелень, прожилки крови. Анализ показал, что течение микст-РВСИ характеризовалось более длительным диарейным синдромом. Так, диарея сохранялась более 5 дней у $83,33\% \pm 6,92\%$ пациентов с микст-РВСИ и только у $56,67\% \pm 9,2\%$ у детей с МРВИ, у которых длительность диареи чаще не превышала 3-4 дней ($40,0\% \pm 9,1\%$). При сравнительном анализе результатов лабораторных исследований было установлено, что у детей с микст-РВСИ изменения лейкоцитарной формулы характеризовались нейтрофилёзом чаще, чем при МРВИ ($66,67\% \pm 8,75\%$ vs $46,67\% \pm 9,26\%$ соответственно).

Выводы: Преобладающим возбудителем в структуре микст-РВИ у детей первых трех лет жизни среди вирусных компонентов является ротавирус, а среди бактериальных – *St.aureus*; микст-РВСИ в сравнении с МРВИ характеризуется более тяжелым течением (выраженность симптомов интоксикации, признаки инвазивной диареи).

Литература:

1. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение) : пособие для врачей / под ред. В.Ф. Учайкина. – М., 2003. – 150 с.
2. Gouvea V. [et al.] // J.Clin. Microbiol. – 1990. – Vol. 28, № 2 – Р. 276–282.
3. Е.В. Жираковская [и др.] // Эпид. и инфекц. болезни. – 2007. – № 3 – С. 32–36.
4. Венгеров, Ю.Я. Инфекционные и паразитарные болезни / Ю.Я. Венгеров, Т.Э. Мигманов, М.В. Нагибина. // Справочник практ. врача. – М., 2010. – 308 с.

УДК 616.972+616.8-002.6]-036.22

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ: ПОЗДНИЕ ФОРМЫ И НЕЙРОСИФИЛИС

Майстрёнок А.М., Спиридонов В.Е., Небосько Ю.Ф.

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. Сифилис – инфекционное заболевание, представляющее одну из серьезных медико-социальных проблем медицины. Трудности в диагностике